15.

COLECISTECTOMIA

SEGUITA DA GUARIGIONE

PEL

Prof. A. D' ANTONA

PROFESSORE TITOLARE DI PATOLOGIA E CLINICA CHIRURGICA PROPEDEUTICA
NELLA R. UNIVERSITÀ DI NAPOLI

Comunicazione fatta alla V Adunanza della Soc. ital. di Chirurgia
Napoli—1888.

NAPOLI
TIPOGRAFIA ANGELO TRANI
Strada Medina, 25
1888

Prof. Antonino d'Antona — *Napoli — Neoplasia epiteliale del collo della cistifellea — occlusione del principio del condotto cistico — idropisia della cistifellea. — Colecistectomia — guarigione — Itterizia, comparsa dopo due mesi, e progressiva. Morte.*

Maria de Marco nata Vadalà, da Catania, mestruata a 12 anni, sposò a 14 anni; ebbe tre figli, tutti viventi, il primo conta 32 anni, l'ultimo 15.

Ella narra che da qualche mese ha cominciato a soffrire insolite sofferenze verso l'ipocondrio dritto, e specialmente in dietro e profondamente al lato dritto della colonna vertebrale. Da alcune settimane poi avverte forti dolori tensivi, talfiata trafittivi, continui, ma ricorrentemente esacerbantisi. I dolori, l'insonnio, l'inappetenza sono i fatti che l'hanno ridotta a male.

Donna piccola, di costituzione gracile, dimagrita assai e sciupata. Le sue sofferenze sono indicibili e si riferiscono giusto di sotto l'arco costale dritto e specialmente in dietro ai lati della colonna vertebrale.

Di sotto il margine costale dritto, ed in corrispondenza della mammillare prolungata, si nota colla ispezione una certa pienezza, e si palpa con precisione il segmento inferiore di un tumore a conformazione ovoidale, grosso quanto il segmento di un grosso limone, a superficie equabile, che scende sino a quattro dita trasverse di sotto i margini costali, e che si continua in su a far corpo col fegato. Nelle profonde escursioni inspiratorie il tumore scende in giù, ed allora si notano i due margini sottili del fegato, che sembrano partirsi dai lati del corpo del tumore.

Grazie alla sottigliezza e rilasciatezza delle pareti addominali si può colle dita infossate davanti il tumore raggiungere quasi la sua superficie profonda, e comprenderlo in uno al parenchima epatico tra le quattro dita ed il pollice, e così si rileva un grande ispessimento della massa epatica. Il tumore è addirittura duro, e per quanta attenzione si ponga, pur non si riesce a percepire

un qualsiasi senso di fluttuazione, comechè si abbiano tutte le ragioni per ammetterla.

Che trattavasi d'un tumore del fegato era indiscutibile; di che natura non parea facile a determinare. I molti medici e chirurgi che la visitarono inclinavano per un cancro del fegato. Uno dei più distinti clinici di Napoli venuto in consulto con me si pronunziò quasi decisamente per quella diagnosi.

Pur non potendo escludere assolutamente la possibilità di quel sospetto, io mi pronunziai per un tumore della cistifellea, e propriamente per una idropisia da occlusione del condotto.

Visto lo stato di grave deperimento generale della signora, ed i dubbii diagnostici, io mi era rifiutato all' operazione. Ma le decise insistenze della paziente e dei parenti m' indussero a procedere.

5 Settembre—Assistevano il prof. A. Maffucci di Pisa e il Prof. Testasecca di Montevideo. Incisione longitudinale di sotto gli archi costali ed in fuori del retto addominale—pochi vasi tagliati e ligati—apertura del peritoneo,—appare la cistifellea ingrandita e tesa enormemente; colle dita riconfermo che la cistifellea molto distesa costituisce tutta la massa del tumore;—punzione con un piccolo trequarti — esce un liquido limpido, come da una cisti d' echinococco —vuotata la cistifellea viene tratta in parte fuori della ferita — colle dita scorrendo in su riconosco che in corrispondenza del collo della cistifellea e cominciamento del cistico esiste un nodulo quanto una grossa nocella, oblungo, duro molto, in guisa da dare l' idea di un calcolo incuneato e circondato dalle pareti ispessite della vescica. Procedo alla dissezione della stessa sino ad isolare completamente la parte più alta, sede di quell' ingrossamento.

Tutta la massa resta pendente ancora per un sottile picciuolo costituito dai vasi cistici e condotto, che mi riesce d' isolare per un paio di centimetri e ligarlo colla seta separatamente dai vasi. Il piccolo moncone del condotto cistico ridotto di volume è spaccato con una piccola forbice sino alla ligatura, e raschiata fortemente tutta la mucosa. Disinfettata tutta la superficie ed i due nodi d' allacciatura, il tutto viene affondato dopo avere osservato colla vista e tastato colle dita tutte le vicinanze corrispondenti ai condotti epatico e coledoco.

Dalla superficie epatica lasciata dalla dissecazione dalla cistifellea niente sangue, cosicchè non occorre praticar veruna ligatura: sutura delle pareti addominali.

L' operazione fu compiuta in 25 minuti.

La signora riavutasi dalla cloroformizzazione, e non avendo perduto che gocce di sangue, si trovò come se non avesse subita alcuna operazione. Sin d'allora ella sentì d'esser stata liberata da quel senso molesto di peso e strettura, che riferiva all'ipocondrio. Salvo il giorno 3°, nel quale la temperatura salì a 38 gradi, nel resto l'andamento fu quasi apirettico. Al 7.° giorno rimozione di tutti i punti — riunione per prima — neppure una goccia d'essudato, e tanto meno di pus.

La signora comincia a prender del cibo, ma con poca voglia, e si nutrisce poco. Ciò era bene spiegabile atteso il suo stato anemico, e di decadimento nutritivo solenne.

Al nono giorno si leva da letto, e migliora sempre. Si rimise così che al 7 ottobre, 32 giorni dopo l'operazione, potè tornare in paese, a Catania.

Le mie relazioni poi colla inferma e coi parenti cessarono per ragioni delicate, inutili qui a dirsi. Seppi che a Catania dopo 20 giorni ricomparvero i dolori riferibili al lato dritto della colonna dorsale, e con essi ricominciò la denutrizione ed inappetenza, ed una leggiera tinta itterica. E col progresso di questi fatti di ostruzione al corso biliare la signora morì al 21 dicembre, tre mesi dopo l'operazione.

Non è a pensare che il tessuto cicatriziale fattosi attorno il nodo perduto del cistico si fosse esteso sino a restringere e poi ad occludere il coledoco. Primieramente perchè in una riunione per prima il nodo è avvolto da un sottile strato di giovane connettivo disposto a guisa di capsula. Non c'è vero tessuto duro di cicatrice, e tanto meno esso ha un potere di estendersi. Dopo tutto, il tempo nel quale cominciò a manifestarsi l'itterizia (circa due mesi) esclude questa possibilità.

Mentre tutto induce a credere che noduli di riproduzione si siano fatti lungo e, specialmente, dentro del condotto coledoco, come s'era fatto nel cistico.

Esame Anatomico — La cistifellea è grossa quanto un comune limone. Il collo, come si vede nella figura 1.ª, è trasformato in un piccolo tumore della grandezza e forma oblunga come l'estremo di un grosso dito della mano. La superficie esterna è regolare, e la porzione del peritoneo che la ricovre è perfettamente integra. La consistenza è dura, come se vi s'accogliesse un calcolo nel centro. Spaccata la cistifellea, e guardando da dentro si nota una vegetazione papillare in corrispondenza del collo, e nel centro un piccolo foro, dove s'imbocca un calcolo della grandezza di un piccolo pisello, di un colorito bianco e friabile

in guisa, che si polverizza sotto la pressione digitale. La superficie interna della cistifellea è liscia, lucida, dell' apparenza di una sierosa. Il liquido, come abbiamo detto, limpido e citrino. A grande difficoltà si può rintracciare dalla parte interna e dall' esterna l' indizio di un condotto. Spaccato il tumore in una direzione approssimativamente secondo il decorso del condotto s' arriva a trovare una traccia di cavità stretta, tortuosa, quindi interrotta.

Al taglio ad occhio nudo si nota già la struttura lobulata, alveolare ed infiltrata del cancro.

La figura 2.ª, a piccolo ingrandimento, è rilevata da un taglio che comprende tutto il lato della parete inferiore del tumoretto dalla sua superficie peritoneale *A* sino a quella del condotto *B*, che in questo punto si conserva ancora col suo epitelio; come si vede l' infiltrazione è sparsa fin sotto il connettivo sotto peritoneale. La forma cellulare è della comune epitelioide, ma non chiaramente epiteliale e tanto meno di epitelio specifico pavimentoso o cilindrico.

Questa mia osservazione di colecistectomia seguita da guarigione, oltre d' essere la prima in Italia, è singolare per molti riguardi.

Si ha nella scienza qualche osservazione fatta nel cadavere di occlusione del condotto cistico per cancro: Rokitanski ne ricorda uno.

Come si può rilevare, qui l' occlusione era uno dei tanti fatti che la neoplasia cancerigna dei dotti biliari avea indotto. Un caso, come il mio, di neoplasia così giovane, iniziale e limitata proprio alla mucosa e sottomucosa sino alla muscolare senza alterare la sierosa ed il connettivo pericistico, io non conosco nella letteratura anatomica, e certamente nessuna delle poche colecistectonie finora eseguite fu mai per una simile lesione.

Il connettivo pericistico era così sano e lasso, che, disseccata la cistifellea, il suo condotto potè agevolmente essere isolato per un buon tratto da potervi agevolmente gittarvi una ligatura, e lasciare un piccolo moncone di quà del nodo.

Invece della delicata, e non facile manovra di arrovesciare i margini del condotto reciso, e cucirli alla maniera di Langenbuch, io credo che il modo da me tenuto soddisfi pienamente al compito di chiudere esattamente il condotto cistico, e premunire il peritoneo da una infezione. Quando, dopo gittata la ligatura e spaccato il condotto, io raschio profondamente, e disin-

fetto fortemente la superficie e tutto l'infundibulo del cistico, io credo di aver raggiunto l'ideale delle esigenze asettiche. Il fatto ha giustificato la mia idea.

Così l'atto operativo del governo del moncone del cistico, che era difficilissimo, delicatissimo, e non sempre praticabile secondo il processo Langenbuch, è ora sì facile da essere alla portata di tutti, ed in tutti i casi. Si aggiunga che colla pratica dell'arrovesciamento e della cucitura non si poteva essere sicuri di non vedere scappare materiale biliare durante la sutura, o dopo un rilassamento dei punti o per inesatta positura degli stessi. Delle quali cose tutte, nessuno degli operatori può assolutamente credersi padrone e garentito dalla sua abilità per rara ed esperimentata che fosse.

Nel caso mio, constatato colle mani il fatto e la posizione delle cose, io non esitai un momento a rinunziare alla colecistotomia, e procedere deciso alla colecistectomia, tanto più che quel nodulo toccato verso il collo della cistifellea mi diede la persuasione trattarsi di un calcolo imboccato e con consecutivo indurimento flogistico attorno. Già in tesi generale io penso che Langenbuch abbia ragione di dire che, essendo fattibile, è sempre preferibile la colecistectomia.

Questa tendenza della chirurgia ad accogliere con sempre crescente favore quell'operazione a preferenza della colecistotomia credo sia dovuta a due fatti importanti venuti in possesso della scienza, e cioè:

1.° L'economia animale e la regolare funzione digestiva non soffrono affatto nulla dalla mancanza della cistifellea. Alcuni animali (elefante) ne mancano addirittura, e vi supplisce una lieve dilatazione del coledoco pria del suo sbocco nel duodeno. Gli esperimenti sugli animali hanno provato l'assolula innocenza della mancanza di quell'organo. Individui operati di colecistectomia hanno potuto vivere in piena e perfetta salute.

2.° L'atto operativo è così semplicizzato, ch'esso non è affatto grave più di quello che lo siano le più semplici laparotomie. Langenbuch sino al 1886 ne ha potuto operare cinque casi, dei quali i primi quattro guariti.

Altra ragione d'opportunità, e direi di profilassi, la quale milita in favore della colecistectomia, è quella appunto che rimuovendo addirittura l'organo, sede della malattia, si rimuove appunto ogni ragione di recidiva, se essa specialmente è di quelle che facilmente recidivano, ad esempio la calcolosi biliare.

La colecistectomia quindi deve essere l'ideale del chirurgo

nella cura della calcolosi, negli empiemi, e col caso mio si devono aggiungere i tumori della cistifellea. Se s'è aperto già l'addome, anche l'idropisia vorrei trattata similmente. Devesi allora ricorrere alla colicistomia, quando l'estirpazione non è possibile, o quando i calcoli non si sono potuti estrarre dal loro incuneamento nel cistico.

Nel primo caso dopo estratti i calcoli si può procedere alla colecistotomia comune, cistorrafia ed affondamento, ciò che costituirebbe la cura naturale di Lawson Tait, o meglio ancora, come ha fatto ultimamente l'Illustre prof. Loreta: dopo avere cucita la ferita della cistifellea, che dovè servire all'estrazione del calcolo, egli ingegnosamente pensò d'invaginare la parte libera del sacco cistico su sè stesso a guisa di doppio berretto da notte, e cucire poi i margini liberi dell'invaginamento. Colmato così il cavo della cistifellea è a sperare che finisca per obliterarsi.

Nel 2.° caso non rimane che lo stabilire una fistola biliare. Talvolta può accadere che, anche potendo, non deve estirparsi la cistifellea, e decidersi di proposito e fin da principio a stabilire una fistola. Nell'occlusione del coledoco per calcolo o per tumore non rimane altro partito; il quale però non serve che a migliorare le condizioni dell'infermo, od a ritardare la sua fine. Per vero si è tentato d'innestare la cistifellea con alcune porzioni dell'intestino. L'innesto sul colon, che è il più facile, non è stato senza pregiudizio della buona funzione dello intestino. L'ideale sarebbe l'innesto col duodeno, e si è tentato sugli animali; dove è di difficilissima esecuzione, e quindi forse impossibile nell'uomo. Forse la proposta di stabilire la comunicazione collo stomaco ha un avvenire. Difatti si è dimostrato che l'arrivo della bile nello stomaco non disturba la funzione del succo gastrico.

A proposito dell'indicazione di una fistola biliare esterna, od in un punto dell'intestino, voglio dire brevemente d'un fatto importantissimo osservato ultimamente. Un uomo morì per colemia profonda nella clinica del Prof. Cantani. S'era sospettato una carcinosi epatica. La cistifellea enormemente distesa presentava una consistenza durissima. Alla sezione, eseguita dal prof. Schrön, si rinvenne restringimento solenne del coledoco, operato da una forte pericolite cicatriziale. Il coledoco era trasformato in un cordone fibroso. Il fegato presentava stasi ed atrofia biliare. Sarebbe stato questo il caso di stabilire una fistola biliare.